

## Bisogni, ansia, depressione, *distress*, *coping* nei pazienti in trattamento chemioterapico di prima linea, nei Day Hospital di Castellaneta e Taranto del Dipartimento Onco-ematologico dell'ASL TA

D. CAFORIO<sup>1</sup>, R. MONTANARO<sup>2</sup>, M. MONACO<sup>2</sup>, A. SCAFATO<sup>3</sup>, S. PISCONTI<sup>4</sup>

### RIASSUNTO

*Il cancro è un momento di crisi esistenziale per il paziente e per la famiglia, in quanto sconvolge tutti gli aspetti della vita: il rapporto con la propria identità, con il proprio sé corporeo, la vita di relazione, lavorativa e sociale. Tale crisi richiede, da parte del paziente e del suo nucleo familiare, uno sforzo adattivo che si evolve al fine di sviluppare un nuovo equilibrio attraverso l'individuazione di soluzioni e l'accettazione del cambiamento. Il processo di adattamento, così come sostiene la psicologia della salute, dipende: dalla valutazione cognitiva dell'evento e dalle risorse emotive e supportive disponibili, personali ed ambientali; dalla capacità di gestione delle proprie emozioni; dal comportamento che il paziente adotta per far fronte al problema sia in termini di intervento (attivo) sia di evitamento (passivo). La SSD di Psicologia Clinica Ospedaliera dell'ASL TA presenta uno studio osservazionale, volto a rilevare i bisogni psicosociali, il *distress* e il disagio psicopatologico (ansia e depressione) in rapporto allo stile di coping prevalentemente utilizzato dai pazienti nel fronteggiare la malattia, nei pazienti oncologici in fase di primo trattamento, afferenti al Day Hospital di Oncologia del P.O. Occidentale di Castellaneta e del P.O. "Moscati" di Taranto del Dipartimento di Onco-ematologia dell'ASL TA.*

PAROLE CHIAVE: bisogni psico-sociali, ansia, depressione, *distress*, *coping*.

### SUMMARY

*Cancer is a moment of existential crisis for the patient and for the family, since it affects all aspects of life: the relationship with their identity, with its own bodily self, the social life, the work. This crisis demands by the patient, and his family, an adaptive effort that evolves through the development of a new balance through the identification of adaptive solutions and the acceptance of change. The process of adaptation, as well as supports the psychology of health, depends on the cognitive evaluation of the event and the emotional and supportive personal and environmental resources available; from the ability to manage their emotions, from the behavior that the patient uses to cope with the problem in terms of intervention (active) that avoidance (passive). The SSD Clinical Psychology Hospital ASL TA, presents an observational study, designed to detect psychosocial needs, *distress*, discomfort psychopathology (anxiety and depression) in relation to the style of coping mainly used by patients in coping with the disease, in cancer patients undergoing first treatment, related to the Oncology Day Hospital of the West Hospital of Castellaneta and Hospital "S.G. Moscati" of Taranto belonging to the Oncology Department of ASL TA.*

KEY WORDS: psycho-social needs, anxiety, depression, *distress*, *coping*.

## Introduzione

Il cancro è un momento di crisi esistenziale per il paziente e per la famiglia, in quanto sconvolge tutti gli aspetti della vita: il rapporto con la propria identità, con il proprio sé corporeo, la vita di relazione, lavoro

rativa e sociale. Tale crisi richiede da parte del paziente e del suo nucleo familiare uno sforzo adattivo che si evolve attraverso tre momenti: 1) l'esplicitazione del problema, in cui il paziente si trova di fronte ai propri cambiamenti fisici, alla vulnerabilità del proprio corpo ed all'eventualità della propria morte; fa esperienza dei propri limiti, poiché le circostanze oltrepassano le sue capacità di autogestione; 2) la mobilitazione della rete sociale prossima al paziente (familiari, amici, comunità di appartenenza, curanti); 3) lo sviluppo di un nuovo equilibrio attraverso l'individuazione di soluzioni adattive e l'accettazione del cambiamento.

Lazarus e Folkman (1984) distinguono un *coping* "problem-focused" (centrato sul problema) ed uno "emotion-focused" (centrato sulle emozioni). Il *coping*

<sup>1</sup> Dirigente Psicologo di I livello Struttura Semplice Dipartimentale di Psicologia Ospedaliera ASL TA, Taranto, Italia

<sup>2</sup> Psicologo Psicoterapeuta Specialista Ambulatoriale Struttura Semplice Dipartimentale di Psicologia Ospedaliera ASL TA, Taranto, Italia

<sup>3</sup> Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale di Psicologia Clinica Ospedaliera ASL TA, Taranto, Italia

<sup>4</sup> Medico Oncologo, Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia dell'ASL Taranto

Indirizzo per la corrispondenza:  
Caforio Domenica  
E-mail: domenicacaforio@alice.it

centrato sul problema, ha come elemento fondamentale l'azione, e mira a modificare l'alterato rapporto persona/ambiente mediante azioni strumentali; non necessariamente l'azione deve avere successo ed è possibile, anzi, che abbia effetti indesiderati, poiché quello che conta effettivamente è l'averci provato. Il *coping* centrato sulle emozioni ha come fondamento strategie cognitive che non mirano a cambiare la situazione, ma ad attribuirle un significato diverso; non si tratta, in effetti, di un atteggiamento passivo, ma richiede, invece, una ristrutturazione interiore, che può comportare uno sforzo notevole.

Il processo di adattamento, così come sostiene la psicologia della salute, dipende: dalla valutazione cognitiva dell'evento e dalle risorse emotive e supportive disponibili personali ed ambientali; dalla capacità di gestione delle proprie emozioni; dal comportamento che il paziente adotta per far fronte al problema sia in termini di intervento (attivo) sia di evitamento (passivo).

Alla luce di quanto premesso, la SSD di Psicologia Clinica Ospedaliera dell'ASL TA, presenta il proprio lavoro pensato allo scopo di valutare la qualità di vita del paziente oncologico in trattamento chemioterapico di prima linea. Con l'espressione "Qualità di vita" (Caforio et al., 2013) si è soliti riferirsi ad una realtà multidimensionale e dinamica che abbraccia aspetti fisici, cognitivi, emozionali, spirituali e sociali. Il presente studio è osservazionale, volto ad indagare l'impatto della malattia tumorale sul benessere psicologico del paziente oncologico in fase di primo trattamento, afferente al Day Hospital di Oncologia del P.O. Occidentale di Castellaneta e del P.O. "Moscati" di Taranto del Dipartimento di Oncoematologia dell'ASL TA. Lo studio è stato svolto in un arco temporale di 6 mesi. Nello specifico intende rilevare i bisogni psicosociali, il distress e il disagio psicopatologico (ansia e depressione) in rapporto allo stile di *coping* prevalentemente utilizzato dai pazienti nel fronteggiare la malattia.

Obiettivo principale è quello di valutare comportamenti e sintomi indicativi di disagio psicologico, quali distress e sue implicazioni, ansia e depressione, i bisogni psicosociali ed assistenziali e la loro relazione con le strategie adattive di *coping*. A tal proposito sono stati studiati i più rappresentativi stili di *coping* del paziente oncologico (Manovra, Evitamento, Emozione).

Le finalità pratiche di questo lavoro consistono nel suggerimento ed orientamento di interventi psicosociali

ideali e funzionali alla prevenzione del disturbo psicopatologico nel paziente oncologico.

## Descrizione di materiale e metodiche

Ai pazienti, previo consenso informato, sono stati somministrati: una scheda anonima di rilevazione dei dati socio-demografici (sesso, età, titolo di studio, stato civile, numero figli, occupazione, sito tumorale, fase di malattia, motivo del ricovero); questionari specifici standardizzati, quali il "termometro del Distress"; HADS (*Hospitalization Anxiety and Depression Scale*); il NEQ (*Need Evaluation Questionnaire*); il CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*).

Il NEQ di Tamburini (2000), composto da 23 *item*, a risposta dicotomica (Sì/No), relativi a bisogni psicosociali del paziente oncologico ospedalizzato, indaga le seguenti 8 aree:

- Informazioni diagnosi e prognosi
- Informazioni esami e trattamenti
- Comunicazione
- Assistenza
- Struttura
- Aspetti finanziari
- Supporto
- Relazioni personali

Il *Distress Thermometer* (Gil et al., 2005), il Termometro del *Distress* o del Disagio, è uno strumento ad un singolo item ad ancoraggio, che valuta il livello dello stress soggettivo percepito dal paziente attraverso una scala analogico-visiva (da 0 a 10) ed una lista di cinque aree problematiche: problemi pratici; problemi relazionali; problemi emozionali; problemi spirituali; problemi fisici. Il punteggio da 0 a 3 equivale ad un livello di distress lieve; da 4 a 6 un grado di *distress* moderato; da 7 a 10 un grado di *distress* severo.

*Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS - è una scala composta da 14 *item* che esplorano tanto l'ansia generalizzata quanto la depressione, mantenendo divisi i due punteggi. La caratteristica principale della scala è che esclude dalla valutazione la sintomatologia somatica, concentrando invece l'attenzione, per la depressione, sulla riduzione delle capacità edoniche, considerate gli indicatori più sensibili di questo disturbo. I dati normativi classificano i punteggi da 0 a 7 nella norma, da 8 a 10 a rischio psicopatologico, >11 clinicamente significativo.

Il *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) di Norman S. Endler e James D.A. Parker, è il primo

strumento multidimensionale per la misurazione degli stili di *coping*. Si articola in tre scale, ciascuna composta di 16 *item*:

1. **Manovra (T)**: descrive sforzi volti a risolvere il problema ristrutturandolo cognitivamente o tentando di alterare la situazione. Il comportamento della persona è fondamentalmente focalizzato sul compito o sulla programmazione e sui tentativi di soluzione del problema.
2. **Emozione (E)**: descrive le reazioni emotive che sono orientate verso il Sé, verso le proprie resistenze, il cui scopo è quello di ridurre la propria condizione di malessere.
3. **Evitamento (A)**: descrive comportamenti volti ad evitare la situazione stressante. Comprende due sottoscale: **Distrazione (D: 8 item)** - evitare la situazione stressante distraendosi con altre situazioni o compiti (orientamento verso il compito) - e **Diversivo sociale (SD: 5 item)** - evitare la situazione stressante tramite il diversivo sociale (orientamento verso la persona).

## Risultati ottenuti

Sono state condotte analisi di tipo descrittivo-inferenziale: analisi delle distribuzioni delle variabili e creazione di tabelle di contingenza, sottoposte a verifica di ipotesi attraverso il *Chi-Quadro* ( $\chi^2$ ) ed il coefficiente *r* di Pearson. I risultati dell'indagine sono stati elaborati tramite SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*).

### Il campione

Il campione è composto da 120 soggetti, il 50% afferente al Presidio Ospedaliero "Moscati" di Taranto e il restante 50% al Presidio Ospedaliero Occidentale di Castellaneta. Il 76.7% del campione è composto da

donne, il restante 23.3% da uomini. L'età media del campione è di 57,3 anni (*range*: 31-86), distribuito in 5 classi di Età, Stato civile, Titolo di studio e Occupazione (Tabella 1). La maggiore incidenza di malattia, 64.2%, concordemente ai dati AIRTUM (Associazione Italiana Registro Tumori, 2015), si distribuisce nella fascia di età 46-70 anni. L'81% del campione risulta coniugato e mediamente ha conseguito la Licenza Media ed il Diploma (66%).

Il sito tumorale prevalente è la mammella (42%), seguito dal colon-retto (24%), dai tumori epatici (13%), del polmone (10%), tumori genitali (7%). Il restante 4% è caratterizzato da altro (prostata, testa-collo) (Tabella 2).

I dati del nostro campione confermano l'incidenza delle patologie tumorali registrati su scala nazionale dall'AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori). Negli uomini prevale il tumore della prostata per il 20%, seguito dal tumore del polmone (15%), dal tumore del colon-retto (14%), dal tumore della vescica (10%) e dal tumore dello stomaco (5%). Nelle donne, il tumore della mammella è il più frequente, rappresenta il 29% di tutti i tumori, seguito dai tumori del colon-retto (14%), del polmone (6%), del corpo dell'utero (5%) e della tiroide (5%) (Tabella 3).

TABELLA 2 - PATOLOGIE TUMORALI.

Mammella	42%
Colon-retto	24%
Tumori addome superiore (duodeno, esofago, fegato, ileo, pancreas, gastrico)	13%
Polmone	10%
Tumori genitali (ovaio, utero)	7%
Altro (prostata, testa-collo)	4%

TABELLA 1 - VARIABILI SOCIO DEMOGRAFICHE.

Fasce d'età	%	Stato civile	%	Titolo di studio	%	Occupazione	%
18-30 anni	0%	Celibe/nubile	7%	Analfabeta	3%	Casalanga	38%
31-45 anni	22%	Coniugato	81%	Licenza Elementare	22%	Pensionato	28%
46-60 anni	33%	Separato/divorziato	6%	Licenza Media	34%	Disoccupato	15%
61-70 anni	32%	Vedovo	6%	Diploma	32%	Occupato	19%
>71 anni	13%			Laurea	9%		

TABELLA 3 - DISTRIBUZIONE DEL *DISTRESS* NEL CAMPIONE.

0	9%
1	2%
2	4%
3	9%
4	7%
5	15%
6	13%
7	17%
8	12%
9	5%
10	7%
Lieve (0-3)	23%
Moderato <i>distress</i> (4-6)	36%
Severo <i>distress</i> (7-10)	41%

Dall'analisi della frequenza delle risposte al Termometro del *Distress* il 36% del nostro campione percepisce un disagio psicologico di grado moderato, mentre il 41% rivela un elevato disagio psicologico (Tabella 4).

I problemi fisici più sentiti sono risultati: la *Fatigue* per il 65%, seguito dal problema meno registrato dagli operatori, i Disturbi del sonno (55%), infine dai problemi di Memoria e dal senso di Gonfiore (46%).

Tra i problemi Emozionali si registra: Preoccupazione per il 67% del nostro campione e Depressione nel 31%.

TABELLA 4 - PROBLEMI REGISTRATI DAL TERMOMETRO DEL *DISTRESS*.

	Si	Quali
<b>Problemi Fisici</b>	97%	Fatica: 65%; Sonno: 55%; Memoria: 46%; Auto-percezione: 43%; Dolore: 38%; Nausea: 37%; Muoversi: 28%; Respiratori: 22%; Lavarsi: 20%; Ulcere bocca: 13%; Alimentarsi: 20%; Digestione: 29%; Stipsi: 38%; Minzione: 15%; Febbre: 4%; Secchezza cute: 39%; Naso chiuso: 32%; Formicolio: 45%; Gonfiore: 46%; Sessuali: 30%; Diarrea: 19%.
<b>Problemi Emozionali</b>	90.8%	Preoccupazione: 67%; Nervosismo: 53%; Tristezza: 52%; Paure: 50%; Depressione: 31%; Perdita interessi: 31%.
<b>Problemi Pratici</b>	55%	Trasporto: 29%; Economici: 23%; Cura dei figli: 19%; Alloggio: 4%; Lavoro: 20%.
<b>Problemi Relazionali</b>	44%	Con il <i>partner</i> : 26%; Con i figli: 11%; Con altri: 17%.
<b>Problemi Spirituali</b>	18%	

Nei problemi Pratici, il Trasporto (29%) appesantisce molto i nostri pazienti che "si sentono un peso" per i loro familiari, poiché devono essere accompagnati da loro per effettuare i trattamenti, quando, anni fa, era attivo un servizio di trasporto pubblico riservato ai pazienti oncologici in alcuni comuni della provincia tarantina. Pertanto i pazienti chiedono il ripristino di tale servizio.

Tra i problemi relazionali, sono maggiormente registrati quelli con il *partner* (44%) (Tabella 5).

I pazienti risultati a rischio psicopatologico di Ansia sono il 28% vs il 20% di coloro che sono a rischio di Depressione. Il 24% degli intervistati presenta una condizione di Ansia patologica, il 30% una condizione di Depressione patologica (Tabella 6).

TABELLA 5 - LIVELLI DI ANSIA E DEPRESSIONE (HAD).

	Ansia	Depressione
Nella norma	48%	50%
Rischio psicopatologico	28%	20%
Punteggio clinicamente significativo	24%	30%

TABELLA 6 - CORRELAZIONE DELL'HAD CON LE VARIABILI INDIPENDENTI.

	HAD Ansia	HAD Depressione
<b>Sesso</b>	0.004*	0.067
<b>Titolo di studio</b>	0.085	

Le donne risultano maggiormente ansiose e tendenzialmente più depresse rispetto agli uomini (32 *versus* 4). Coloro che hanno un titolo di studio più elevato (Diploma e Laurea) hanno la tendenza ad essere meno ansiosi.

Tra i bisogni psicosociali, registrati dal NEQ, il nostro campione lamenta prevalentemente la richiesta di maggiori informazioni circa la prognosi ed i trattamenti, nonostante il 64% si senta sufficientemente coinvolto nelle scelte terapeutiche. Il 57% chiede maggiori informazioni economico-assicurative legate alla malattia (esenzione ticket, invalidità civile, accompagnamento, sgravi fiscali, ecc.). Il 58% esprime il bisogno di migliorare i disturbi fisici correlati al tratta-

mento, quali nausea, vomito, dolore. Il 61% manifesta il bisogno di condividere la propria esperienza di malattia con i pari. Infine il 56% vorrebbe riappropriarsi del proprio ruolo familiare (Tabella 7). Emergono, inoltre, il bisogno di avere maggiore dialogo con i medici (49%), sostegno psicologico (49%), aiuto economico (43%). Ciononostante il campione dichiara di ricevere buone attenzioni da parte del personale infermieristico (80%), rispetto della propria intimità (77%), comunicazioni sincere (51%) e comprensibili (66%) da parte dei medici. Il 64% del campione è sufficientemente soddisfatto dei servizi offerti dall'Ospedale (bagni, pasti, pulizia). Il 77% dichiara di non avere bisogno di assistenza spirituale (Tabella 8).

TABELLA 7 - FREQUENZA DELLE RISPOSTE AL NEQ.

	<b>Sì</b>	<b>No</b>
1. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulla mia diagnosi	50%	50%
2. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulla mia condizione futura	67%	33%
3. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sugli esami che mi stanno facendo	50%	50%
4. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sui trattamenti	58%	42%
5. Ho bisogno di essere più coinvolto/a nelle scelte terapeutiche	36%	64%
6. Ho bisogno che i medici e gli infermieri mi diano informazioni più comprensibili	34%	66%
7. Ho bisogno che i medici siano più sinceri con me	38%	62%
8. Ho bisogno di avere un dialogo maggiore con i medici	49%	51%
9. Ho bisogno che alcuni miei disturbi (nausea, vomito, dolore) migliorino	59%	41%
10. Ho bisogno di maggiore aiuto per mangiare, vestirmi ed andare in bagno	12%	88%
11. Ho bisogno di maggior rispetto per la mia intimità	23%	77%
12. Ho bisogno di maggiore attenzione da parte del personale infermieristico	20%	80%
13. Ho bisogno di essere più rassicurato dai medici	48%	52%
14. Ho bisogno che i servizi offerti dall'ospedale (bagni, pasti, pulizia) siano migliori	36%	64%
15. Ho bisogno di avere maggiori informazioni economico-assicurative legate alla mia malattia (ticket, invalidità, ecc.)	57%	43%
16. Ho bisogno di un aiuto economico	43%	57%
17. Ho bisogno di parlare con uno psicologo	49%	51%
18. Ho bisogno di parlare con un assistente spirituale	23%	77%
19. Ho bisogno di parlare con persone che hanno avuto la mia stessa esperienza	61%	39%
20. Ho bisogno di essere maggiormente rassicurato dai miei familiari	40%	60%
21. Ho bisogno di sentirmi maggiormente utile alla mia famiglia	56%	44%
22. Ho bisogno di sentirmi meno abbandonato a me stesso	37%	63%
23. Ho bisogno di essere meno commiserato dagli altri	35%	65%

TABELLA 8 - DISTRIBUZIONE DELLE PERCENTUALI TRA I FATTORI COSTITUTIVI DEL NEQ.

Fattori	Bisogno maggiore
Informazioni diagnosi e prognosi	69%
Informazioni esami e trattamenti	61%
Comunicazione	63%
Assistenza	73%
Struttura	36%
Aspetti finanziari	65%
Supporto	81%
Relazioni personali	63%

Dall'analisi *Chi-quadro* ( $\chi^2$ ) emerge che sono soprattutto le donne, in particolare quelle con ca mammario, a volere maggiori informazioni sulla diagnosi e la prognosi e a richiedere di essere maggiormente coinvolte nelle relazioni con gli operatori (Tabella 9).

Per quanto concerne lo stato civile, i coniugati hanno necessità di una migliore comunicazione con il personale medico (Tabella 10).

Coloro che hanno la Licenza elementare necessitano di maggiore assistenza psico-fisica (Tabella 11).

Solo il 14% del nostro campione utilizza il coping della Manovra, ritenuto dalla letteratura scientifica

TABELLA 11 - CISS: EVITAMENTO SOTTOSCALE.

Evitamento Distrazione	Evitamento Diversivo sociale
22%	37%
38%	38%
40%	28%

quello più adeguato al fronteggiamento della malattia oncologica.

Il 22% utilizza il *coping* dell'Emozione.

Il 35% utilizza l'Evitamento; scomponendo questo fattore il campione dimostra prevalentemente di mettere in atto comportamenti di Distrazione (40%) rispetto al Diversivo sociale (28%).

In sostanza il nostro campione dimostra di fronteggiare l'angoscia della malattia attraverso processi adattivi prevalentemente disfunzionali, quali l'Evitamento, distraendosi (40%) e per mezzo del Diversivo sociale nel 63% dei casi.

La letteratura internazionale prospetta che il *coping* centrato sulla manovra e quello orientato all'Evitamento non sono collegati ad una psicopatologia generale o anche a difficoltà psicologiche. D'altro canto sembra essere vero l'opposto per il *coping* orientato verso l'Emozione, che è positivamente associato a diversi aspetti della psicopatologia (Tabella 12).

TABELLA 9 - ANALISI CHI-QUADRO ( $\chi^2$ ) DEL NEQ.

	Informazioni diagnosi e prognosi	Informazioni esami e trattamenti	Comunicazione	Assistenza	Struttura	Aspetti finanziari	Supporto	Relazioni personali
<b>Sesso</b>	0.009*	0.626	0.759	0.428	0.424	0.164	0.127	0.018*
<b>Stato civile</b>	0.432	0.386	0.037*	0.591	0.183	0.261	0.764	0.319
<b>Titolo di studio</b>	0.105	0.578	0.509	0.031*	0.575	0.129	0.545	0.213
<b>Organo colpito</b>	0.069*	0.038*	0.665	0.723	0.496	0.073*	0.395	0.510

TABELLA 10 - DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE ATTRAVERSO IL CISS.

Livelli	Manovra	Emozione	Evitamento
Inferiore alla media	66%	43%	32%
Medio	20%	35%	33%
Superiore alla media	14%	22%	35%

TABELLA 12 - ANALISI CHI-QUADRO ( $\chi^2$ ) NEL CISS.

	CISS Manovra	CISS Emozione	CISS Diversivo sociale
Presidio Ospedaliero		0.023*	
Sesso		0.017*	0.049*
NEQ Informazioni diagnosi e prognosi		0.038*	
NEQ Informazioni esami e trattamenti		0.077	
NEQ Comunicazione		0.007*	
NEQ Assistenza		0.001*	
NEQ Struttura	0.044*		
NEQ Aspetti finanziari	0.099		
NEQ Supporto		0.000	
NEQ Relazioni personali		0.000	
HAD Ansia		0.000	
HAD Depressione		0.000	

Nel P.O. di Castellaneta vi è una tendenza al *coping* centrato sulle emozioni maggiore rispetto al P.O. di Taranto (39 vs 29 soggetti). Probabilmente questo scarto è dovuto alla percentuale di donne che supera gli uomini 48.3 vs 8.3%. Inoltre le donne mostrano di avere una maggiore capacità di trovarsi un diversivo sociale rispetto agli uomini (45.8 vs 17.5%). Esse risultano essere più ansiose e depresse, tendono a voler sapere meno sulla diagnosi ed il trattamento (NEQ informazioni), ma vogliono comunicare di più con il personale medico-infermieristico e chiedere maggiore assistenza psico-fisica. Coloro che sono centrati più sul compito, hanno come obiettivo la cura, pertanto badano meno alla struttura; non hanno bisogno di informazioni circa gli aspetti assicurativi e di invalidità, perché hanno già avviato le pratiche relative ad esse (Tabella 13).

Le donne più degli uomini percepiscono un maggiore *distress* o lo esplicitano più di loro, risultano più ansiose e depresse a livello psicopatologico.

## Discussione analitica dei risultati

Dal nostro studio emerge che il cancro è un'esperienza di malattia tanto profonda, che segna le persone nella loro sicurezza ed equilibrio psicologico e fisico, indipendentemente dal sito tumorale e, soprattutto in questa fase di malattia, dal trattamento, in cui la persona deve confrontarsi non solo con la malattia, ma con gli effetti collaterali di questa. Infatti, i nostri risultati confermano il *trend* internazionale secondo cui la *fatigue* è il primo sintomo clinico lamentato dai pazienti in trattamento chemioterapico (65%). La *fatigue* è stata classificata, dall'*International Classification Disease* del 2000, come vera e propria malattia, con il seguente codice: ICD10 D90, poiché consiste in un esaurimento di energia, stanchezza estrema, debolezza e spossatezza che coinvolgono la sfera intellettuale, affettiva e psicologica della persona. Ne soffre circa l'80% dei pazienti sottoposti a trattamenti antitumorali ed è dovuta in gran parte all'anemia, presente in oltre

TABELLA 13 - CORRELAZIONE TRA IL DISTRESS ED I TEST STANDARDIZZATI.

	Presidio Ospedaliero	Sesso	HAD Ansia	HAD Depressione	NEQ Struttura	NEQ Supporto	NEQ Relazioni
Distress	0.069	0.062	0.000	0.000	0.074	0.009	0.003

l'80% di questi pazienti (*National Cancer Institute* di Bethesda).

Tale malattia in alcuni casi è totalmente invalidante da portare alla perdita del lavoro, eppure si stima che solo il 5% degli oncologi giudichi importante il trattamento della *fatigue*, mentre il 94% attribuisce maggior valore alla terapia del dolore, trascurando tale condizione invalidante. Difatti questo disturbo è particolarmente accentuato nei pazienti con tumori in stadio avanzato e sottoposti a radio e chemioterapia.

Ulteriore disagio rilevato dal nostro campione sono i Disturbi del sonno. Nei pazienti oncologici l'alterazione del ritmo circadiano in parte è spiegato dagli effetti collaterali delle terapie cortisoniche, in parte dal carico dei vissuti emozionali, paure, angoscia, ansia per la malattia, per il trattamento e per la prognosi. La notte diventa il momento della giornata più delicato, in cui si riflette sulla propria condizione attuale e futura, ed emergono preoccupazioni, paure e timori legati alla prognosi.

Infine il nostro campione denuncia problemi legati alla riduzione delle capacità mnesiche (46%) questo sintomo è in parte dovuto alla possibile condizione depressiva concomitante e in parte dovuto ad alcune terapie farmacologiche.

Lo studio evidenzia, inoltre, l'efficacia dell'utilizzo del "Termometro del *Distress*" per la rilevazione degli effetti collaterali tra i diversi cicli della chemioterapia, che gli oncologi potrebbero usare come monitoraggio.

I risultati del nostro studio mettono in risalto anche la presenza di risposte disadattive con significativo rischio psicopatologico per Ansia e Depressione, che diventano un vero e proprio Disturbo d'Ansia nel 24% ed un Disturbo Depressivo nel 30%, conformemente ai dati della letteratura (Grassi, 1997).

Il cancro rappresenta un momento di cambiamento globale della persona, in cui la stessa sperimenta, per la prima volta, in modo traumatico, la vulnerabilità del proprio corpo e la caducità della propria esistenza. Per tali ragioni, la diagnosi di cancro può provocare, come ogni evento traumatico (terremoto, lutto, separazione, ecc.), la comparsa della Sindrome Post-traumatica da Stress (PTSD). La persona affetta da malattia sperimenta, di conseguenza, forti sentimenti di tristezza, disperazione, rabbia, angoscia per la perdita del proprio corpo sano ed efficiente, sperando un vero e proprio lutto, ed è questo che giustifica, a nostro avviso, la maggiore percentuale di depressi rispetto agli ansiosi in questa fase di malattia.

Nel nostro campione la mammella è l'organo più

colpito (42%), seguito dal colon-retto (24%) e dai tumori epatici (13%) e del polmone (10%).

La SIPO (Società Italiana di Psiconcologia) indica che almeno l'85% delle persone che nei primi anni dalla diagnosi di tumore presenta un distress significativo mantiene, negli anni a seguire, la necessità di un supporto psicologico, divenendo nel tempo un carico assistenziale nei lungo-sopravvivenenti. I bisogni assistenziali variano in rapporto al tipo di neoplasie e questo è vero anche per l'assistenza psicologica.

Dal nostro studio emerge infatti che il 58% esprime il bisogno di migliorare i disturbi fisici correlati al trattamento, quali nausea, vomito, dolore. Il 61% manifesta il bisogno di condividere la propria esperienza di malattia con i pari. Il 56% desidera riappropriarsi del proprio ruolo familiare. La necessità del sostegno psicologico è espressa nel 49% del campione.

I nostri dati, per quanto necessitano di ulteriore approfondimento e attenta interpretazione clinica, ci appaiono di rilevante considerazione. Infatti la presenza di un rischio psicopatologico e di una risposta disadattiva apre alla necessità di un approfondimento clinico al fine di prevenire la psicopatologia.

Il presente studio fa risaltare, dunque, l'importanza e l'imprescindibilità dell'attività di *screening* del paziente oncologico, che consenta di identificare i pazienti a rischio che possano trarre beneficio da specifici interventi psicologici, come la psicoterapia di gruppo supportivo-espressiva e le tecniche di rilassamento (*Training Autogeno*). Infatti, il gruppo in oncologia, in particolare quello di tipo supportivo, sembra avere maggior efficacia clinica rispetto agli interventi individuali; non si può certo negare che esso migliori le capacità di reazione alla malattia mediante l'osservazione-apprendimento delle modalità di reazione dei membri del gruppo. Il gruppo diviene il contesto di condivisione ed analisi degli ostacoli comuni, sviluppando un senso di universalità, che allevia la sensazione di solitudine e d'impotenza. Questo intervento propone come area focale il significato delle relazioni interpersonali, considerate come forza motrice del gruppo e area focale dell'intervento; contrasta i sentimenti d'impotenza e inutilità, mediante l'aiutarsi a vicenda tra i membri; migliora la capacità di comunicazione ed espressione emozionale sia nel qui e ora del gruppo sia nella realtà esterna (Grassi, Biondi, Costantini, 2003).

Lo studio dello stile di adattamento e come questo correla con la risposta psicopatologica, ci ha consentito di constatare come, nel nostro campione, lo stile di

*coping* centrato sulle Emozioni, correla con Ansia e Depressione. Le donne, più degli uomini, tendono a vivere maggiormente l'aspetto emotivo della patologia, sviluppando ansia e depressione, qualora non abbiano l'aiuto necessario per attribuire un significato personale alla malattia, attraverso la rielaborazione e la ristrutturazione del disagio in una relazione psicoterapeutica.

Altrettanto patologico risulta l'utilizzo dell'evitamento come strategia di fronteggiamento della malattia, che caratterizza il 68% del nostro campione, in quanto disfunzionale, poiché presuppone la mera distrazione dall'evento traumatico.

## Bibliografia

- A.A.V.V. Psiconcologia. Masson, Milano, 2002.
- Annunziata MA, Muzzatti B, Altoè G. Defining hospital anxiety and depression scale (HADS) structure by confirmatory factor analysis: a contribution to validation for oncological settings. *Ann Oncol.* 2011 Oct;22(10):2330-2333.
- Biondi M. Mente, cervello e sistema immunitario. Milano: Mc Graw-Hill, 1997.
- Bogliolo A, Russell-Edu W, Alloro G, Ballarini R, Bocchini G, Cecere L, Codonesu A, Cognetti G, Montella M, Ricci R, Seroppi P, Trocino A, Truffelli R, Cognetti F, Truccolo I. More information, more choice: an Italian database for oncology patients. *National Cancer Research Institute (IST), Genoa. Annals of Oncology.* 2005;Dec;16(12):1962-1967.
- Caforio D, Basile M, Mancarella R. Ansia, depressione e strategie di coping: studio di bisogni e disagi psicopatologici in un collettivo di pazienti oncologici in remissione di malattia. *Giornale Italiano di Psiconcologia.* 2013;15(1):7-19.
- Costantini A. Psicoterapia di gruppo a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica. McGraw-Hill Libri, Milano 2000.
- Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobsen PB. Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science. *Psychooncology.* 2014 Mar;23(3):241-250.
- Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer.* 1984;53:2243-2248.
- FAVO (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia). Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. 6° rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. 2014.
- Grassi L. La depressione nel cancro e nell'infezione da HIV. Milano: Franco Angeli, 1997.
- Lazarus RS. Stress and coping as factors in health and illness. In: Cohen J et al., eds. *Psychosocial aspects of cancer.* New York: Raven Press, 1982.
- Pisanti R, Melchiori FM, Lombardo C, Sagliano T, Violani C, Lazzari L, Lazzari D. Validation of the Italian version of the coping inventory for stressful situations-short version among hospital-based nurses. *Psychol Rep.* 2015 Oct;117(2):457-472.
- Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Beltrami E, Boeri P, Borreani C, Fusco Karmann C, Greco M, Miccinesi G, Murru L, Trimigno P. Assessment of hospitalized cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. *Ann Oncol.* 2000;11:31-37.